

Edad y terapia renal sustitutiva como determinantes de fenotipos clínicos y pronóstico en el shock cardiogénico

Ester Mínguez de la Guía(1), Macarena López Vázquez(1), Julia Piñana Sendra(1), Aday Monzón Melián(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Lidia Laguía Zarco(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Mateo Jiménez García(1), Sonia Cebrián López(1), Pablo Valentín García(1), Francisco Manuel Salmerón Martínez(1) y Miguel José Corbí Pascual(1) de (1)Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España

Introducción: El shock cardiogénico continúa asociado a elevada mortalidad pese a los avances en revascularización y soporte circulatorio mecánico. Tanto la edad avanzada como la disfunción renal grave con necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS) pueden influir en la presentación clínica, el manejo terapéutico y el pronóstico. El objetivo fue analizar el impacto independiente y combinado de la edad y la TRS sobre las características clínicas y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con shock cardiogénico.

Métodos: studio retrospectivo unicéntrico que incluyó 762 pacientes consecutivos ingresados entre 2011 y 2024 con diagnóstico de shock cardiogénico. Los pacientes se estratificaron mediante un diseño factorial 2×2 según edad (<75 o ?75 años) y necesidad de TRS, generando cuatro grupos. Se analizaron variables clínicas, analíticas y terapéuticas. Se utilizaron ANOVA de dos vías y regresión logística para evaluar el efecto de la edad y la TRS sobre la FEVI y la mortalidad.

Resultados: La edad media fue de 70 ± 11 años y la mortalidad global del 32%. La FEVI y la creatinina difirieron significativamente entre grupos (p = 0,0047 y p < 0,001). La FEVI fue menor en los pacientes con TRS (28,6 ± 14,3% y 28,9 ± 15,8%) y mayor en los pacientes ?75 años sin TRS (34,7 ± 14,5%). Los pacientes con TRS presentaron cifras más elevadas de creatinina y mayor necesidad de vasopresina, ventilación mecánica invasiva y balón de contrapulsación intraaórtico (p < 0,001). La etiología isquémica fue más frecuente en pacientes ?75 años sin TRS (68%). La mortalidad fue significativamente superior en los grupos con TRS (51,5% y 66,7% frente a 19,8% y 29,4%; p < 0,001). En el análisis multivariante, tanto la edad ?75 años (OR 1,68; IC95% 1,17-2,38; p = 0,004) como la TRS (OR 4,30; IC95% 2,07-8,90; p < 0,001) se asociaron independientemente con mayor mortalidad, sin interacción significativa.

Conclusiones: La edad y la necesidad de TRS definen fenotipos clínicos diferenciados en el shock cardiogénico. La TRS identifica un subgrupo con mayor gravedad, mayor necesidad de soporte avanzado y peor pronóstico. La integración de ambas variables podría mejorar la estratificación del riesgo y favorecer estrategias terapéuticas individualizadas.

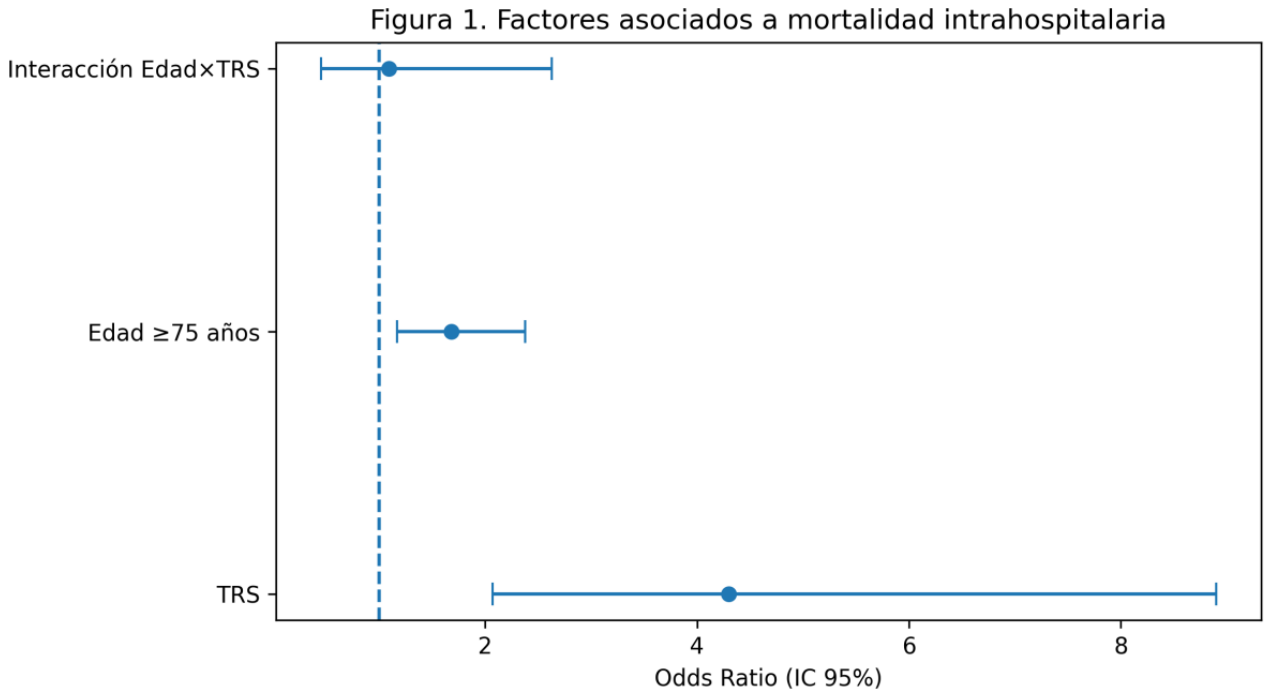


Tabla 1. Características clínicas, analíticas y terapéuticas basales según edad y terapia renal sustitutiva

Variable	<75 años sin TRS (n=374)	<75 años con TRS (n=34)	≥75 años sin TRS (n=323)	≥75 años con TRS (n=31)	p
Edad (años)	61,6 ± 9,1	64,9 ± 7,6	81,8 ± 4,7	79,9 ± 3,1	<0,001
FEVI (%)	31,1 ± 15,8	28,6 ± 14,3	34,7 ± 14,5	28,9 ± 15,8	0,0047
Creatinina (mg/dL)	1,36 ± 1,03	5,93 ± 1,4	1,49 ± 0,75	3,54 ± 3,0	<0,001
Etiología del shock: SCACEST/SCASEST (%)	57,5	50,0	67,8	54,8	0,015
Etiología del shock: otras (%)	42,5	50,0	32,2	45,2	0,015
Balón de contrapulsación intraaórtico (%)	16,6	29,4	8,8	19,4	0,001
Noradrenalina (%)	81,2	88,2	81,7	96,8	0,22
Dobutamina (%)	82,4	88,2	84,8	93,5	0,36
Vasopresina (%)	20,0	100	33,3	100	<0,001
Intubación (%)	44,5	58,8	26,7	58,1	<0,001
Ventilación no invasiva (%)	27,9	61,8	31,9	38,7	0,0002
Mortalidad intrahospitalaria (%)	19,8	e51,5	29,4	66,7	<0,001

TRS: terapia renal sustitutiva. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. SCACEST: Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST. SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.